

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

249

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

POISSON-QUINTON (Claude)

Né le 24 Décembre 1913, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

30 JUN 1943

L'ANOREXIE MENTALE

SES RAPPORTS

AVEC LA MALADIE DE SIMMONDS

Président : M. BÉNARD, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **POISSON-QUINTON.**

Prénoms : **Claude.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Né le 24 Décembre 1914 à Paris (Seine)

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

POISSON-QUINTON (Claude).

— L'anorexie mentale. Ses rapports avec la maladie de Simmonds. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POISSON-QUINTON (Claude).

— L'anorexie mentale. Ses rapports avec la maladie de Simmonds. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POISSON-QUINTON (Claude).

— L'anorexie mentale. Ses rapports avec la maladie de Simmonds. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

POISSON-QUINTON (Claude).

— L'anorexie mentale. Ses rapports avec la maladie de Simmonds. — *Paris, Lib. Le François, 1943, in-8°, 61 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943.*
N°).

Nom du candidat : POISSON-QUINTON.

Prénoms : Claude.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

N^o .
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
1943, in-8°, 61 p.
— L'anorexie mentale. Ses rap-
ports avec la maladie de Sim-
monds. — Paris, Lib. Le François,
1943, in-8°, 61 p.

N^o .
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
1943, in-8°, 61 p.
— L'anorexie mentale. Ses rap-
ports avec la maladie de Sim-
monds. — Paris, Lib. Le François,
1943, in-8°, 61 p.

N^o .
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
1943, in-8°, 61 p.
— L'anorexie mentale. Ses rap-
ports avec la maladie de Sim-
monds. — Paris, Lib. Le François,
1943, in-8°, 61 p.

N^o .
(Th. méd. (Et.), Paris, 1943.
1943, in-8°, 61 p.
— L'anorexie mentale. Ses rap-
ports avec la maladie de Sim-
monds. — Paris, Lib. Le François,
1943, in-8°, 61 p.

ANNÉE 1943

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

POISSON-QUINTON (Claude)

Né le 24 Décembre 1913, à Paris (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

L'ANOREXIE MENTALE

SES RAPPORTS
AVEC LA MALADIE DE SIMMONDS

Président : M. BÉNARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée.....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte
 Clinique cardiologique
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire.....

ROUVIÈRE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CHALEROL.
 PETIT-DUTAILLIS.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LIAN.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.

CATHALA.
 ROBERT DEBRÉ.

LEVY-VALENSI.

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 MONDOR.
 QUENU.
 BROCC.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LEVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.

LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 SENEQUE.
 M. VILLARET.
 TROISIER.

MATHIEU.
 DONZELOT.
 CLOVIS VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale.... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale.... BOULIN.
 Pathologie médicale.... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale.... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale.... GARCIN.
 Anatomie pathologique.. Mlle GAUTHIER-VILLARS

MM.

Pathologie médicale.... DE GENNES.
 Pathologie médicale.... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale .
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale .
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TUPPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

MM.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE. BRULÉ. CHABROL. CHEVALIER. LAROCHÉ G. MOREAU. SEZARY.	} Clinique médicale.	BASSET. GATELLIER. de GAUDART d'ALLAINES MOULONGUET MOURE.
		} Clinique chirurgicale
MM. ECALLE VIGNES	} Clinique obstétricale.	

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	DECHAUME.
Puériculture	N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR JEAN POISSON-QUINTON
Mort pour la France

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
RENÉ QUINTON
Biologiste

A MA FEMME

*En témoignage de ma tendre
et profonde affection.*

A MON FILS

A MES FRERES

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENARD

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROIZIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR TOURRAINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Chirurgie

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARDENNOIS

(*in memoriam*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ CACHERA

Médecin des Hôpitaux

Pendant les mois trop courts où nous avons suivi son enseignement, Monsieur le Docteur Cachera a su nous inspirer des sentiments d'admiration et d'attachement.

La science du médecin, son souci d'instruire chacun, comme la bonté et la douceur de l'homme, sa très grande délicatesse, ont été pour nous une éducation médicale complète et vraie, scientifique et morale.

I. — INTRODUCTION

A une époque où les effets de la sous-alimentation occupent le premier plan de la pathologie, il peut sembler paradoxal de se pencher sur un problème qu'on jugera peut être *à priori* fort éloigné de l'observation courante. Il est évidemment plus d'actualité de rechercher les moyens d'assouvir plutôt que d'exciter l'appétit. On pourra également penser que, devant l'aggravation de la situation alimentaire, il n'est plus un individu qui refuse une ration déjà si disproportionnée à ses besoins.

Et pourtant, les cas d'anorexie mentale n'ont pas diminué de fréquence du fait des restrictions alimentaires. Il semble bien, au contraire, que les traumatismes psychiques, les chocs émotionnels auxquels a été et demeure soumise la population civile, en particulier les femmes, constituent des sources nouvelles d'apparition et d'installation de ces curieuses manifestations psycho-physiologiques chez la jeune femme et surtout la jeune fille. Cette affection, dont le substratum psychique et somatique est certainement polymorphe, s'extériorise principalement sous forme de refus obstiné et généralement souriant de s'alimenter.

L'extrême maigreur de ces malades contraste avec la conservation d'une bonne activité mentale et physique. La perte de la sensation de faim n'apparaît que secondairement à une restriction volontaire de l'alimentation. Ensuite, « l'appétit se perd en ne mangeant pas. » (MATHIEU.)

L'état mental très particulier des anorexiques a été fort bien décrit par CODET :

« Alors que la famille, de plus en plus préoccupée, « essaie de tous les procédés affectueux ou autoritaires pour vaincre l'obstination et l'optimisme de « la malade, celle-ci persiste dans son refus poli et « ses allégations manifestement fausses, ruse pour « dépister la surveillance, manifeste une ingéniosité « particulière pour tromper sur son état : supercherie dans les pensées, dissimulation d'aliments prétendus absorbés, dérivation de la surveillance.. Elle « s'isole pour se faire vomir... Elle gagne du temps, « évite les discussions, se réfugie dans l'attitude de la « dignité offensée, se laisse solliciter avec condescendance par ses parents éloignés, et néanmoins laisse « percevoir une certaine satisfaction à être un centre « d'intérêt familial. En présence du médecin, elle « subit interrogatoire et examen avec la même attitude de passivité réservée. Elle reste très renfermée, accueille l'intervention médicale avec un scepticisme complet, elle accepte tous les traitements « docilement, mais trouve tous les subterfuges pour « rendre la thérapeutique inopérante, soit en subtilisant les médicaments prescrits, soit en tournant les « conseils d'hygiène, en tous cas par la continuation « des restrictions. »

Si la question des anorexies mentales demeure donc d'actualité par la persistance actuelle des observations, elle a d'autre part acquis un nouveau regain d'intérêt du fait que les progrès ont jeté sur leur nature un jour nouveau. Elles ont été à l'ordre du jour du récent Congrès de Médecins Aliénistes de Langue Française, où l'incertitude étio-pathogénique qui continue à planer sur cette affection a été mise en évidence au cours des discussions qui ont suivi le rapport de M. CRÉMIEUX. La « grande querelle des Anorexies Mentales » n'a rien perdu de sa vigueur. En étudiant de près les travaux publiés sur la question, nous nous sommes aperçu, en effet, qu'après des périodes au cours desquelles la théorie psychique, puis la théorie endocrinienne, ont prévalu avec autant d'intransigeance que d'aveuglement, la nature du syndrome anorexique demeure encore très discutée. La plupart des auteurs le veulent d'étiologie unique, mais d'extériorisation polymorphe. Cette conception est justifiée dans la mesure où l'on considère l'anorexie comme un symptôme, et non comme une entité clinique et nosologique. Mais la divergence des opinions nous paraît provenir du fait que, pour beaucoup, l'anorexie mentale est une affection particulière, primaire, globale, que les uns vont expliquer par l'atteinte psychique, les autres par une perturbation fonctionnelle, localisée à l'une ou l'autre glande endocrine, mais plus souvent à l'anté-hypophyse.

La vérité est probablement à mi-chemin entre ces deux extrêmes, si l'on veut bien se rappeler l'intriquement des sphères neuro-endocriniennes.

Cependant les relations entre l'*Anorexie dite Mentale*, c'est-à-dire apparue sur un terrain psychopathique plus ou moins avéré, mais ne paraissant pas en rapport avec un trouble somatique net et résistant à toute opothérapie, et la *cachexie de Simmonds*, où l'atteinte hypophysaire profonde est toujours démontrée, soit anatomopathologiquement, soit thérapeutiquement, ne sont pas encore nettement établies. Pour certains auteurs, toute anorexie est en réalité une maladie de Simmonds méconnue. Pour d'autres au contraire, la cachexie hypophysaire est rarissime, et la plupart des cas étiquetés tels ne sont en fait que des anorexies mentales.

+

C'est pour toutes ces raisons, qu'à la suite d'un cas typique, que les circonstances ne nous ont malheureusement par permis d'étudier aussi complètement que nous l'aurions souhaité, et d'une observation recueillie à l'une des Ecoles Médico-Pédagogiques du Docteur HOFFER, que nous avons décidé de consacrer notre thèse à cette curieuse affection.

Nous avons donc cru intéressant de reprendre, en une étude d'ensemble, la question des Anorexies, dont nous essayerons d'envisager les divers aspects étiologiques, pathogéniques, cliniques et thérapeutiques; nous nous proposons également d'exposer une

analyse critique des diverses hypothèses que ces curieuses manifestations ont soulevées, tant chez les psychiatres que chez les physiologistes. Nous tenterons à cette occasion de préciser la nature psychophysiologique de la sensation de la *faim* et de l'*appétit*, d'en localiser les centres et d'interpréter les relations possibles entre atteintes lésionnelles neuro-endocriniennes, et perturbations fonctionnelles de l'appétit, dans le sens de l'exagération ou de l'inhibition.

*
**

Nous ne prétendons pas rénover un problème sur lequel tant de grands esprits se sont déjà penchés, ni clore ici les discussions qu'il a soulevées. Nous espérons cependant que notre modeste travail trouvera sa justification dans une présentation pratique des divers faits d'observation et des hypothèses qu'ils ont suggérées, et dont le lecteur ne pourrait prendre connaissance qu'en parcourant une très abondante littérature, souvent touffue et d'accès difficile. Cette mise au point aidera peut-être à éclairer certains diagnostics hésitants en mettant le médecin en garde contre le danger qui consiste à perdre un temps précieux en tentatives opothérapiques infructueuses, chaque fois, et c'est sans doute la majorité des cas, que le diagnostic de la cachexie hypophysaire masque l'anorexie mentale vraie.

II. — HISTORIQUE

Il n'est pas dans nos intentions de passer en revue la totalité des ouvrages parus sur les anorexies mentales. Cette énumération serait aussi inutile que fastidieuse, car ici comme ailleurs, chaque observation, chaque apport, n'a pas nécessairement fait progresser la question. Nous nous bornerons d'une part à examiner les œuvres capitales qui ont jalonné la route aboutissant à la conception actuelle des affections qui nous occupent; d'autre part et surtout, de grouper les travaux, afin de mettre en évidence les diverses périodes de la littérature qui diffèrent nettement entre elles, tant par les conceptions étiopathogéniques qui les dominent, que par les thérapeutiques qu'elles ont suscitées. Ce sont principalement aux auteurs français que nous ferons appel, car ce sont eux surtout qui ont décrit et étudié les anorexies. La littérature américaine que nous avons pu consulter nous a paru également intéressante, mais s'inspire directement des observations et des principes français. Une fois de plus, comme c'est ici la règle quasi-générale dans le domaine psycho-physiologique, les pionniers et les innovateurs se trouvent dans notre pays.

Schématiquement il est possible d'envisager trois étapes, trois tournants qui ont imprimé à la conception des Anorexies Mentales des caractères très particuliers, et surtout très opposés.

Les Anorexies Mentales ont été considérées, jusqu'à ces dernières années, comme l'expression d'un *syndrome essentiellement psychique* ; les protagonistes de cette conception sont R. MORTON, W. GULL, LASÈGUE, SOLLIER, puis et surtout DÉJERINE (1911). Il s'agissait donc non d'une perte partielle ou totale de l'appétit, tel que le terme d'anorexie permet étymologiquement de le comprendre, mais du refus de s'alimenter. On distinguait : l'*anorexie primaire*, refus ou répulsion, se rattachant au système des représentations morbides du type délire de négation, et s'observant au cours de certaines psychoses, telles que la manie confusionnelle, au moment de l'évolution où la malade commence à être épuisée par l'agitation psycho-motrice ; de l'*anorexie secondaire*, survenant dans les suites d'une affection d'allure névropathique de la sphère digestive.

Parmi les types essentiellement mentaux, on a décrit le *maniaque sitiophobe*, très rebelle à toute tentative de reprise de l'alimentation, mais pouvant se rééduquer spontanément, le *mélancolique*, entêté ou résistant. On rapprochait ces anorexies de celles observées chez certains déments à la période incipiente, chez certains paralytiques généraux avec délires hypochondriaques de négation, enfin chez certains paranoïaques revendicateurs à délires systématisés. Mais dans ce tableau essentiellement

psychopathologique, des tendances se font déjà jour, qui annoncent l'évolution des idées dans le sens d'intervention d'éléments somatiques, soit hypophyso-dencéphaliques, l'Anorexie Mentale étant rapprochée du tableau de la maladie de Simmonds, soit plus simplement gastriques, ou gastro-intestinaux.

La forme dite secondaire de DÉJERINE se rapprochait beaucoup du symptôme anorexique de la maladie de Simmonds ; chez une jeune fille, plus rarement chez une jeune femme, nullipare ou primipare (les multipares étant l'exception), se dessine un profil mental caractérisé avant tout par une discordance entre l'état cachectique, conséquence de l'amaigrissement, et l'activité volontaire et intellectuelle. Ces malades montrent une affectivité exagérée, associée à une véritable hyperesthésie morale morbide, rendant difficile toute entrée en contact avec elles. Dès 1926, FIESSINGER avait décrit une cachexie restrictive prenant place entre l'anorexie avec perversion mentale, et la cachexie de Simmonds réellement hypophysaire.

Pour NATHAN (1926), l'analyse anamnétique seule peut permettre la compréhension de ces anorexies : un milieu psychopathique plus ou moins accentué, des représentations psychosexuelles se traduisant par une crainte d'engraisser, mais aussi un régime dit amaigrissant ou rafraîchissant, l'abus des purgations accentuant la nocivité des aliments et les raisons de les réduire, tels sont les principaux facteurs que NATHAN trouve à l'origine des Anorexies Mentales.

Ce profil psychologique se complète d'une morpho-

logie vraiment spécifique : constitution longiligne, gracilité de la musculature et de l'ossature, pouls petit, tension plutôt basse, appétit modéré, digestions lentes sinon pénibles, fonctions endocriniennes mal équilibrées : aménorrhée, ou puberté tardive, dysménorrhée, puis, précédant l'anorexie ou l'accompagnant, oligoménorrhée ou même aménorrhée totale. Cependant les seins demeurent normaux et il n'y a pas de chute des cheveux. Les Américains FARQUHARSON et HYLAND décrivaient en 1938 un syndrome dit « Anorexia nervosa », déséquilibre métabolique d'origine psychique, amélioré de façon incontestable par le traitement thyroïdien, et caractérisé morphologiquement par une accentuation du duvet cutané, par la disparition du pédicule adipeux le rendant plus apparent, et donnant à certaines malades un aspect vieillot. Ces auteurs constataient une chute du métabolisme sans signes myxoédémateux et sans rapport avec la perte ou le gain pondéral, et une hypoglycémie constante. Malgré ces signes somatiques évidents, FARQUHARSON et HYLAND faisaient intervenir uniquement dans ces anorexies mentales le rôle néfaste des émotions et des représentations affectives morbides à certains moments « critiques » de la vie : post-puberté, début de la vie sexuelle; sans aller jusqu'à les considérer comme des manifestations hystériques, ils voyaient dans ces anorexies mentales un syndrome psychogénétique primitif entraînant à la longue des troubles organiques fonctionnels.

L'anorexie mentale, à sa période psychogénétique pure, avait suscité de nombreux travaux : thèse

d'AURIMOND en 1929, de STÖRR en 1932, de LABICHE en 1934, description par AURY et GODARD d'une « manie de restriction » en pathologie digestive.

Cependant dans un tout autre domaine, celui de la neuro-endocrinologie, ROUSSY et MOSINGER établissaient d'une part le rôle du tuber cinereum dans les principales fonctions métaboliques, d'autre par le rapport anatomique et physiologique de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Nous verrons comment, par la suite, ces recherches fondamentales purent être évoquées dans la pathogénie de l'anorexie mentale.

Malgré la quasi-unanimité de cette époque sur la nature mentale de l'anorexie, BICKEL, entre autres, était des premiers à évoquer un lien avec la maigreur d'origine hypophysaire. Peu après, en 1936, AUGIER et COSSA, LÉPER et FAU, étudiaient la possibilité de l'intervention de l'antéhypophyse dans l'anorexie mentale, PÉRON, dans ses recherches thérapeutiques, l'Anglais ROSS, avec sa description d'« anorexie nerveuse », marquent bien le début d'une série de travaux de transition, dans lesquels la nature psychogénétique de l'affection reconnaît des bases somatiques. L'année suivante, CERVERA, FOLCH et BENAIGUE décrivent la cachexie pituitaire et l'anorexie mentale, pour les comparer et les distinguer. L'Italien OTTONELLO cherche à délimiter cliniquement l'anorexie mentale, que l'étude de ROUGEON rattache nettement à l'hypothèse, alors que le Suisse GODARD décrit les différentes formes d'anorexie.

C'est enfin, toujours cette même année 1937, le rapport de L. CORNIL sur les « syndromes de l'hypo-

physe antérieure », dans lequel l'auteur reconnaît l'existence de ces mixtes, mais qui sont le plus souvent dans l'anorexie mentale vraie une forme plus ou moins atténuée du syndrome de Simmonds. Ainsi, le pas est franchi. Et, malgré quelques attardés aux anciennes conceptions essentiellement psychogénétiques, les Anglo-Saxons BRUCKNEE, SHLEDON, NICOLLE, pour qui l'anorexie est toujours prépsychosique ou nerveuse, les travaux se multiplient avec certains psychiatres modernes, qui inaugurent une compréhension physiologique de la psychologie. Dans l'anorexie, qui reconnaît toujours une nature psychologique, liée à une sorte de déviation du jugement, les auteurs, avec BARUCK, font intervenir des *moments organiques*, au premier plan desquels ils placent le rôle de la « perturbation du jeu glandulaire et végétatif ». A ce stade, la clinique, aussi bien que l'examen microscopique, révèlent, au cours d'atteintes hypophysaires indiscutables, l'existence d'une anorexie très intense, rebelle aux traitements antérieurement connus et associés non seulement à un état pathologique sans rapport avec l'émotivité de ces malades, mais liée à un état mental très voisin de celui des anorexiques pures (CORNIL et SCHACHTER). De son côté, l'expérimentation montrait que l'animal hypophysectomisé réalisait tous les symptômes de la cachexie de Simmonds y compris l'anorexie. Chez l'homme, la destruction ou l'insuffisance hypophysaire grave s'accompagne d'un tableau tout à fait identique à celui de l'anorexie mentale vraie. La maladie de Simmonds frappe plus particulièrement

des jeunes filles ou des jeunes femmes nullipares, de constitution asthénique, prédisposées à la dépression psychique, souvent dyspeptiques, toujours dysménorrhéiques; là encore le métabolisme est abaissé, l'hypoglycémie accentuée. Mais la nature glandulaire d'un syndrome qui paraissait devoir rester uniquement psychologique, est prouvée, plus encore peut-être que par sa ressemblance avec la cachexie de Simmonds, par les résultats heureux qu'a pu donner l'opothérapie antéhypophysaire, seule ou associée, en l'absence de tout traitement psychothérapique.

La réaction à cette conception organiciste, peut-être trop exclusive, de la nature essentiellement endocrinienne de l'anorexie mentale, fut immédiatement violente. Psychiâtres et physiologistes s'affrontent. Fidèle à la conception psychogénétique classique, PÉRON croit devoir prendre « la défense de l'anorexie mentale », dont l'existence, en tant qu'entité psychopathologique, paraît en effet compromise, et J. CARRIER décrit le trouble instinctivo-affectif que représente pour lui l'anorexie. LÆPER et FAU, STEVENIN et GAUBE, MOLLARET, COMBY, malgré les preuves apportées par le traitement opothérapique, qui influe heureusement le syndrome métabolique, humoral, et la sphère de l'appétit, démontrent que la seule réalimentation rationnelle, après isolement et psychothérapie, est nécessaire et suffisante pour vaincre l'anorexie et guérir la malade. Les observations d'échec du traitement endocrinien appuient cette conception. Les Anglo-Saxons demeurent

rent également fidèles à la théorie psychologique pure.

Aussi sommes-nous actuellement en présence de trois camps qui ont pris position au récent Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologues, à Montpellier en octobre 1942 : celui des *partisans de la nature psychogénétique de l'anorexie mentale*, psychopathie pure, sans rapport avec les maladies de l'hypophyse : LE NOIR, COMBY, HEUYER, LAIGNEL-LAVASTINE, DE GENNES, pour qui l'anorexie mentale est beaucoup plus fréquente que la maladie de Simmonds; VIEU et FAU, CARRIER, DECOURT, enfin le Suisse SZABO.

Celui des *champions de la nature neuro-endocrinienne de l'affection*, très proche voisine de la cachexie de Simmonds avec laquelle bien souvent elle est confondue : CLÉMENT, FIESSINGER, E. MAY, qui voient une origine pancréatique dans certaines anorexies, MOURIQUAND, qui explique certains états d'inappétence par une carence en vitamine C, JANBON, pour qui l'anorexie mentale se développe sur un terrain de débilité hypophysaire, enfin le Suisse GROSGURIN, qui rapporte certaines anorexies à une hypovitaminose B.

Enfin les *auteurs qui concilient les deux thèses*, rapprochent l'anorexie mentale et la cachexie hypophysaire et en font un même syndrome dont le facteur étiologique primitif seul diffère : CRÉMIEUX, et surtout EUZIÈRES, qui voit dans l'anorexie mentale l'association intime de deux complexes : l'un psychologique, l'autre somatique, constitutionnel, intéressant la région hypophyso-hypothalamique, et diri-

geant les accidents vers la sphère digestive qui y possède ses centres régulateurs psychiques : LÆPER, LE BROUET, SAINTON, pour qui la dénutrition consécutive au refus des aliments peut entraîner secondairement des altérations endocriniennes : « les glandes endocrines meurent de faim comme tout l'organisme, et l'anorexie mentale rejoint la cachexie hypophysaire. Elle part d'un phénomène nerveux, mais aboutit à un phénomène endocrinien ».

Puis ceux qui reconnaissent *diverses variétés d'anorexie* : symptomatiques, essentielles (alimentaires ou digestives), mentales (BOISSERIE-LACROIX); ou encore à côté des anorexies organiques, CRÉMIEUX distingue parmi les anorexies mentales : celles pures, redressables par psychothérapie ; l'anorexie ou sitiophobie des aliénés, enfin l'anorexie des maigreurs et des cachexies endocriniennes (Simmonds).

Nous chercherons dans les pages qui suivent, à établir, à la lumière des faits d'observation, et des hypothèses pathogéniques qu'ils permettent, le bien-fondé de l'une ou l'autre théorie, et les déductions pratiques qu'on en peut tirer.

III. — PHYSIOLOGIE DE LA FAIM

L'anorexie telle qu'on l'observe dans le syndrome qui nous occupe ne correspond pas toujours à la définition littérale du mot, c'est-à-dire à une perte de la sensation de la faim et de l'appétit; plus souvent il s'agit au début d'une restriction volontaire de l'alimentation entraînant secondairement l'inappétence. Mais que l'atteinte de la sphère neurodigestive soit primaire ou secondaire, qu'elle soit de nature psychique ou somatique, il n'en demeure pas moins que la sensation de faim est perturbée, voire abolie, dans l'anorexie mentale. C'est pourquoi, pour la compréhension de la pathogénie de cette affection, il nous paraît indispensable d'étudier le mécanisme de la fonction appétit-faim.

4.

Physiologiquement, on a défini la faim comme le besoin d'introduire des aliments dans l'organisme à la suite d'une stimulation plus ou moins complexe, d'une sensation éprouvée, mais difficile à définir avec précision. Pour le Professeur SUNNER, l'appétit est une tendance qui porte l'animal — ou l'homme —

à rechercher des substances alimentaires, la *faim*, un état qui se traduit par le désir de nourriture.

Mais faim et appétit dépendent, pour le psychologue suédois D. KATZ, de l'expérience acquise empiriquement, conservée par notre organisation biologique, et rapidement différenciée. Chez l'homme civilisé, en période normale, la faim arrive rarement à se manifester pleinement. Il s'agit plutôt d'appétit orienté vers un intérêt précis. En opposition avec la faim non spécifique, l'appétit est au contraire toujours différencié, et dirigé, ont écrit MARANON et KATE, vers un complexe de possibilités à satisfaire. En société, l'homme a acquis, lentement et difficilement, des inhibitions considérées comme « utiles » pour la nourriture.

En temps de famine, les habitudes acquises se perdent, alors que s'éveillent des appétits nouveaux pour des aliments accueillis jusqu'alors avec indifférence ou même avec répulsion. De nombreux cas d'œdème de famine ont été récemment observés chez des internés qui, pour remédier à l'insuffisance de régime et apaiser leur faim, grignotaient toute la journée ce qu'ils trouvaient au jardin : fruits verts, feuilles, racines, etc.

★
* *

Physiologiquement, la faim a primitivement été considérée comme la perception, devenue consciente, de l'absence d'aliment dans l'estomac : les contractions automatiques des parois gastriques, en se transmettant aux centres cérébraux, y réveillent la

sensation de faim (BEAUMONT, NICOLAÏ). Cette conception se trouve partiellement infirmée par des expériences, désormais classiques et montrant qu'il s'agit d'une sensation à point de départ plus diffus. La faim du chien jeûnant est calmée par l'injection intra-veineuse de principes nutritifs (SCHIFF, 1876), ou même de sang d'un animal en état de satiété (LUCIANI et BUFFALINI). TURRO, très justement, a parlé de « l'inquiétude trophique » qui peut, chez l'animal, chez l'enfant très jeune ou déficient, et même chez les adultes, surtout du sexe masculin, atteindre un certain degré d'agitation psychomotrice. Il faut admettre ici l'intervention d'un *facteur tissulaire*, conditionnant une *faim spécifique*, limitée à une substance donnée, par exemple eau, sels, protéines. Le sentiment complexe du besoin de s'alimenter serait la traduction subjective de l'état physico-chimique actuel de nos tissus. Cette conception paraît cadrer avec certaines données de l'expérimentation de la clinique et de la psycho-physiologie. La sensation diffuse de la faim va venir frapper des centres présentant une sensibilité particulière à l'appauvrissement de l'organisme en principes nutritifs : la sensation paraît perçue par certaines zones corticales, point de départ d'impulsions motrices et sécrétoires, telles que salivation, mouvements de déglutition, contractions et sécrétion gastrique, et dirigées vers les organes affecteurs.

La recherche et la préférence de certains aliments démontrent expérimentalement la réalité d'une faim partielle, conditionnée par le facteur tissulaire physico-chimique et traduite par voie instinctive. En clinique, les hypoglycémiques constituent un exemple typique de cette faim besoin, de cette faim partielle qui les pousse instinctivement vers les glucides qui leur font défaut. Cependant, ce rôle de l'hypoglycémie paraît se traduire de façon paradoxale chez l'anorexique, ainsi que nous le verrons plus loin. Etienne MAY a peut-être donné la clef du problème en invoquant, dans les amaigrissements tenaces qui suivent les restrictions alimentaires, les perturbations pancréatiques. On sait que la réduction de l'alimentation peut entraîner une réduction de la sécrétion externe du pancréas. Le balancement qui existe entre la fonction externe et la fonction interne de cette glande permet de penser que la réduction de la sécrétion externe entraîne une hyperplasie des îlots de Langerhans; cette hyperplasie est à son tour une cause de cachexie. Ainsi, l'hypoglycémie par hyperinsulinisme ne serait pas incompatible avec l'abolition de l'appétit.

★ ★

Il était logique de rechercher au niveau de l'encéphale un centre régulateur et coordinateur des processus complexes qui aboutissent à la perception de la faim. PAULESCO l'a situé dans la région présylvienne, dont la destruction abolirait la sensation de la faim et de la soif. La décérébration aurait le même

effet, mais non la décortisation, GRAFE démontre la localisation du centre dans le diencéphale. exagérant ou supprimant la faim par des injections de nitrate d'argent, ou en provoquant des lésions minimales à ce niveau.

Des lésions de la zone médiane du tuber cinereum ont permis à CAMUS et ROUSSY d'observer chez le chien des phases alternées d'excitation et de dépression de l'instinct de la faim; ils en concluent à l'existence de centres végétatifs régulateurs des principales fonctions métaboliques au niveau de la base du troisième ventricule, qui est en interrétation avec l'hypophyse. Ces données expérimentales correspondent en clinique aux perturbations observées dans certains états endéphaliques. Des lésions diencéphaliques sont vraisemblables chez certains paralytiques généraux avec perversion de l'appétit plus souvent d'ailleurs dans le sens de la boulimie que dans celui de l'anorexie; chez les malades de Simmonds, atteints d'anorexie et d'amaigrissement, la tumeur peut respecter l'hypophyse, et détruire électivement dans le tuber cinereum et les régions adjacentes. PLUMER et JAGER ont cherché à démontrer le rôle du diencéphale dans la pathologie de la faim.

Etant donné l'existence d'un centre diencéphalique de la faim et de l'appétit, on ne peut en expliquer le fonctionnement qu'en faisant intervenir l'influence de la corticalité. Les réflexes conditionnés ont montré en effet que les stimulations sensorielles, et plus particulièrement olfactives et visuelles, capables de susciter la faim et les manifestations sécrétoires, ne

deviennent efficaces que périodiquement, et évitent que nous mangions continuellement. Une odeur de cuisine qui paraît agréable aux heures de viduité de l'estomac, semble écœurante lorsque l'appétit est assouvi. Le bébé s'agite à la vue de son biberon, aux heures des repas, mais y reste indifférent s'il lui est présenté après la tétée.

Nous dirons donc avec CRÉMIEUX que le rôle joué par la corticalité dans la régulation de l'inhibition des instincts primaires (dont la faim est l'un des plus essentiels) est démontré à la lumière de l'apport expérimental de l'école de Pavlow.

Le système central et végétatif exerce son contrôle par l'intermédiaire des glandes endocrines, qu'on les considère comme un système unique, global, ou qu'on en étudie séparément les effets. On connaît le rôle de l'hypophyse, dont l'excision expérimentale perturbe ou abolit la sensation de faim; la simple insuffisance hypophysaire s'accompagne pour MARANON d'une diminution de l'appétit, alors que son hyperfonctionnement l'exagère.

De même, on observe une limitation du désir de s'alimenter, parfois même une anorexie totale, chez les hyperthyroïdiens, ou les myxœdémateux; à l'opposé, on connaît le succès habituel du traitement thyroïdien de « l'anorexie de l'écolier ». L'appétit est fréquemment augmenté, malgré l'amaigrissement, chez les Basedowiens.

Les Addisoniens, les animaux surrénalectomisés, présentent de l'inappétence. MARANON a même proposé d'utiliser l'effet orexique obtenu pour juger de

l'efficacité du traitement corticosurrénalien. Les hypercorticosurrénaliens, avec hyperfonction de l'antéhypophyse, sont généralement des boulimiques.

La fonction ovarienne paraît également intervenir, peut-être secondairement, dans le mécanisme neuro-glandulaire de la faim, qui paraît s'accroître dans la castration, la ménopause et aussi avant et pendant les règles : la réaction hyperfonctionnelle hypophysaire et surrénale durant le cycle paraît être responsable de ces exagérations de l'appétit.

★★

Le rôle actif des glandes endocrines, surtout de l'hypophyse, et du système diencephalique adjacent, dans le jeu normal où les perturbations de l'appétit et de la faim, paraît donc prouvé expérimentalement et cliniquement. Mais thérapeutiquement aussi, l'intervention du facteur neuro-glandulaire paraît démontré : nous aurons à y revenir lorsque nous chercherons à préciser la nature exacte des relations entre l'anorexie mentale et la maladie de Simmonds.

IV. — ASPECT CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE

Le tableau clinique de l'anorexie mentale en est longtemps resté à la description classique qu'en avaient faite LASÈQUE, HUCHARD et DÉJERINE : une psychopathie particulière, frappant les jeunes femmes et les jeunes filles, et se guérissant par la reprise de l'alimentation à la suite d'un fraitement purement psychothérapique entrepris dans l'isolement.

Cependant, les progrès de la psychiâtrie et de la neuro-endocrinologie, nous l'avons vu, ont introduit dans cette nosologie purement mentale une notion nouvelle de dualité du syndrome, selon laquelle l'anorexie mentale résulte de l'association intime de deux complexes, l'un psychologique, rappelant assez bien l'état mental hystérique, l'autre somatique, constitutionnel, intéressant la région hypophyso-hypothalamique, et dirigeant les accidents vers la sphère digestive qui y possède ses centres régulateurs psychiques.

Ce sont donc deux ordres de fait que nous aurons successivement à envisager dans cet aperçu clinique, que nous voulons rapide, pour ne pas nous exposer

à des redites lors de la mise en parallèle de l'anorexie mentale avec la cachexie hypophysaire.

*
* *

« Ce qui fait le caractère de l'anorexie mentale », a écrit BARUCK, « c'est qu'on se trouve en présence d'un syndrome presque isolé : le trouble de l'alimentation. En dehors de cela, les jeunes filles paraissent normales ».

Le syndrome somatique consiste en effet essentiellement en un amaigrissement progressif, plus ou moins rapide et marqué, parfois allant jusqu'à l'aspect squelettique, mais qui généralement *précède* l'anorexie. La chute pondérale peut être profonde et rapide. Une malade de DECOURT, âgée de 13 ans et mesurant 1^m52, perdait 3 kilos par mois et atteignait 24 kil. 500 ; une autre de 23 ans avait maigri de 13 kilos. COMBY signale des amaigrissements impressionnants chez des fillettes de 13 et 11 ans, avec reprise foudroyante de 10 kilos en quatre et cinq semaines. Dans notre observation I, une enfant de 3 ans avait un âge physique de 2 ans en retard sur l'âge chronologique. Notre seconde malade avait perdu 8 kilos en 4 mois.

La cachexie paraît aboutir à l'aménorrhée, qui est constante dans toutes les observations de filles pubères. Dans l'anamnèse des anorexiques, on a signalé des retards et des anomalies de l'apparition des règles. Des troubles digestifs fonctionnels peuvent revêtir la forme de diarrhée, ou plus souvent de cons-

tipation. Les vomissements sont presque toujours signalés (*Obs. I*). Des altérations cardio-vasculaires sont fréquentes : bradycardie, ou variations brusques du pouls, hypotension : 7-5 chez la petite malade de DECOURT, 10-6 chez notre deuxième anorexique; des troubles trophiques de la peau et de phanères; acrocyanose des extrémités supérieures chez notre première malade; celle de DECOURT présenta en outre une chute de cheveux et une gouttière unguéale. Cependant ces signes qui relèvent plutôt de la symptomatologie de la cachexie hypophysaire de Simmonds sont rares. Il a même été signalé une accentuation du duvet cutané chez les malades de NICOLLE, de FARQUHASON et HYLAND. Des troubles thermiques ont été signalés : 35°8 était la température rectale maxima d'une malade de DECOURT; chez notre deuxième malade, la température rectale vespérale évolua entre 36°4 et 36°6 pendant des semaines. Par contre, les signes neurologiques paraissent rares. Dans le domaine humoral et métabolique, des constatations récentes ont montré en règle générale une augmentation de la cholestérolémie, une hypoglycémie plus ou moins nette, 0 gr. 837 pour 1.000 chez la malade de DECOURT, avec abaissement de la flèche d'hyperglycémie provoquée. L'interférométrie montre parfois une dysfonction hypophysaire, *variable*; l'abaissement du métabolisme est constant, en particulier celui du métabolisme chloré. Les résultats du test urinaire sont divers. Mais l'aménorrhée est un symptôme absolument obligatoire.

Sur le plan psychique, ces malades présentent des

caractères particulièrement variables, surtout dans les cas aux confins du normal et du pathologique. Leur activité paradoxale, leur indifférence pour leur état, ont frappé tous les observateurs. BARUCK, dans de très fines analyses, a décrit chez elles une hypéresthésie affective, un besoin d'expansion altruiste, parfois un sentiment d'infériorité. On trouve dans certains cas accusés une coquetterie, un amour de la mise en scène, un « tyrannisme alimentaire » exercé sur une personne de leur entourage, et plus souvent un trouble de l'instinct sexuel. CARRIER a observé la plupart de ses cas chez des arrières de l'affectivité, dont la mentalité est demeurée plus ou moins infantile. HÉNARD et les psychanalystes voient dans les anorexiques des arrières du développement psycho-sexuel, des nostalgiques de la famille originaire, des inadaptées à la sexualité adulte et au mariage, refusant la vocation féminine, et, comme beaucoup de névropathes, déplaçant l'intérêt affectif de leur sexe sur leur appareil digestif. AUBIN va jusqu'à parler d'onanisme mental. Il est cependant difficile de préciser un profil psychopathique pathognomonique de l'anorexie mentale qui peut, quelle que soit son apparence clinique, évoluer sur des terrains mentaux très différents : hyporémotivité, hystérie, obsession, cyclothymie, schizothymie. Une fois l'anorexie guérie, reste l'état mental qui en a été l'origine, et qui est susceptible d'évoluer ultérieurement sous des formes vésaniques quelconques, en particulier vers la démence précoce.

*
x

La guérison, pour être complète après une période d'anorexie mentale, n'est cependant pas toujours définitive; on peut craindre des rechutes, à l'occasion de toute circonstance favorisant, morale ou physique, et la malade de FRESSINGER en est à sa quatrième crise. Ces malades doivent donc demeurer sous le contrôle familial et médical vigilant, toute altération caractérielle devant immédiatement comporter des mesures préventives : repos, calme, voire isolement, surveillance étroite des conditions dans lesquelles la malade s'alimente, afin d'éviter toutes les supercheries.

V. — ANOREXIE MENTALE ET MALADIE DE SIMMONDS

Le parallélisme entre anorexie mentale et maladie de Simmonds est tel que de nombreuses confusions ont lieu dans le diagnostic de ces deux affections : « Même syndrome », a écrit DECOURT, « dont le facteur étiologique seul diffère ». Or, si la méprise qui consiste à prendre une cachexie hypophysaire pour une anorexie mentale, dont la résistance au traitement psychothérapique mené dans l'isolement révèle assez rapidement la nature véritable est réparable, l'erreur inverse, qui consiste à traiter une anorexique par l'épothérapie hypophysaire, est beaucoup plus grave. On laisse ainsi aujourd'hui mourir des malades qui auraient pu guérir, à une époque où la notion de cachexie hypophysaire n'ayant pas encore fait son apparition dans la nosologie, alors que l'anorexie mentale, mieux connue, recevait le seul traitement dont elle est justiciable.

Il serait donc de première importance de définir les signes sur lesquels le diagnostic différentiel va pouvoir s'appuyer. Nous allons voir que précisément le parallélisme des deux syndromes est souvent si

poussé, qu'on en arrive parfois, avec certains auteurs, à douter de leur autonomie respective. Même l'épreuve thérapeutique n'apporte pas toujours la solution du problème diagnostique de certaines formes légères ou mixtes.

Le premier facteur à considérer, avant de porter le diagnostic de l'une ou l'autre affection, est évidemment la *fréquence d'apparition* de chacune d'elles. Or, s'il est malaisé d'estimer avec précision la proportion des cas d'anorexie mentale, dont les observations sont relativement nombreuses dans la littérature, la rareté des cas vérifiés de maladie de Simmonds n'est pas douteuse. Le mémoire de MAY et ROBERT, paru en 1935, réunissait 70 cas de maladie de Simmonds, dont 48 seulement accompagnés d'une étude anatomo-clinique vraiment probante. DE GENNES, exception faite d'un cas personnel observé en 1937, constate que les malades qui lui ont été adressées sous le diagnostic de cachexie de Simmonds étaient *toutes* des anorexiques mentales.

DECOURT explique l'inconstance des résultats thérapeutiques dans la maladie de Simmonds par le fait que la grande majorité des cas concernait des anorexies mentales méconnues, guérissant spontanément dès la reprise de l'alimentation.

CORNIL, par contre, à côté des cas mixtes où les deux affections se confondent, pense que la plupart des cas d'anorexie mentale ne sont que des formes atténuées du syndrome de Simmonds. Mais cette affir-

mation vaut également pour l'argument opposé : toute cachexie hypophysaire comporte une anorexie mentale vraie, plus ou moins réalisée.

COMBY, d'après sa pratique hospitalière, souligne que l'anorexie mentale est infiniment plus fréquente que la cachexie hypophysaire, affection que cet auteur taxe « d'exceptionnelle ».

Pour PÉRON enfin, on ne peut porter un diagnostic de cachexie glandulaire sans avoir soumis la malade à une cure d'isolement sérieux, avec contrôle du bilan alimentaire, seul moyen de dépister la fraude. Ce test montre régulièrement « l'exceptionnelle rareté des cachexies glandulaires par rapport à la fréquence des anorexies mentales, dont un traitement endocrinien injustifié et trop prolongé, a, ces dernières années, accru la gravité ».

*
* *

Devant une malade amaigrie et refusant toute alimentation, le médecin a donc beaucoup plus de chances de se trouver en présence d'une anorexique mentale que d'une malade de Simmonds.

Voyons ce que l'examen clinique lui apporte comme élément de diagnostic différentiel.

Nous avons dit que les symptômes cardinaux de l'anorexie mentale étaient, en dehors du refus des aliments, la chute pondérale et l'hypotension, les perturbations métaboliques, l'aménorrhée, l'inefficacité de l'opothérapie hypophysaire, enfin un profil psychopathique assez particulier.

Or, si nous examinons le dossier de malades de Simmonds, nous constatons que ces divers symptômes sont précisément les signes constants de la cachexie hypophysaire, et que ni leur degré d'intensité, ni leur fréquence d'apparition, ne permettent une différenciation clinique nette entre les deux maladies.

La chute pondérale comporte dans certains cas de maladie de Simmonds une perte pouvant atteindre en quelques mois 40 % du poids initial : 12 à 20 kilos chez des malades de CLÉMENT, avec réalisation d'une cachexie profonde. Une fillette de 13 ans, mesurant 1^m58 a pu descendre à 31 kilos; une autre d'une stature de 1^m55, à 30 kilos. L'hypotension peut être extrêmement marquée : 9-5 et même, dans les cas extrêmes, 3-2,5; or, ces chiffres peuvent se constater dans l'anorexie mentale.

Il en est de même des perturbations métaboliques : abaissement régulier du métabolisme basal, hypoglycémie constante, plus fixe cependant dans la maladie de Simmonds, avec altération de la courbe d'hypoglycémie provoquée et exagération de la sensibilité à l'insuline, troubles génitaux prenant la forme de retard de puberté et d'aménorrhée, sont le fait des deux affections.

L'atteinte des planères, chute des cheveux, altérations et troubles trophiques des ongles, a été signalé d'ailleurs de façon inconstante, dans la cachexie de Simmonds. Mais elle a pu être notée chez des malades dont l'anorexie mentale a été reconnue ultérieurement à la suite du succès du traitement psychothérapique.

Ainsi on se trouve en présence d'une identité presque absolue des symptômes cliniques et biologiques — d'ailleurs variables pour une même affection — de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds. On pourrait alors espérer qu'en se tournant vers le domaine psychique pur, on puisse obtenir les éléments d'une distinction moins malaisée.

De l'ensemble des observations, en effet, il ressort que le tableau psychique de la maladie de Simmonds est plus souvent fait de calme, de puérilité, d'apathie, alors que les anorexiques mentales conservent leur activité, contrastant d'ailleurs profondément avec leur déchéance physique. Cependant AZERAD a noté la gaieté d'une de ses malades de Simmonds, alors que les troubles psychiques que les auteurs s'accordent de donner pour caractéristiques de l'anorexie mentale peuvent demeurer complètement latents dans cette affection, et se retrouver dans les observations publiées sous le nom de cachexie hypophysaire ou de maladie de Simmonds.

Donc, aucun signe d'ordre clinique, biologique ou physique, ne permet de différencier avec certitude les deux affections; il semble alors que le seul domaine dont on puisse espérer des faits justifiant de l'autonomie de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds soit celui de l'étiopathogénie, basée sur des constatations anatomopathologiques et thérapeutiques.

La notion de maladie de Simmonds repose sur des

données d'ordre presque exclusivement *anatomique* : l'existence d'atrophie scléreuse de l'antéhypophyse rencontrée à l'autopsie dans les cas mortels, bien que cette lésion ne soit pas constante, comme l'a signalé SIMMONDS lui-même, et comme TRILLOT l'a tout récemment constaté : l'autopsie de malades de Simmonds lui a révélé l'absence de toute lésion hypophysaire ou hypothalamique. Cependant l'atteinte profonde de la glande demeure la règle dans la cachexie de Simmonds.

Chez les anorexiques mentales, les lésions anatomiques qui ont pu être constatées au cours d'autopsies sont inconstantes et atypiques. TAPIE et GÉRAUD ont décrit une atrophie de la moelle, une atteinte du système nerveux végétatif. TRILLOT signale des lésions chroniques diffuses d'hépatite, de gastrite, et de pancréatite, mais aucun signe d'atteinte hypophysaire ou hypothalamique.

Cependant les deux maladies, quoique de base anatomique différente, s'extériorisent, nous l'avons vu, par des syndromes cliniques très voisins. C'est pourquoi on en arrive à la conception, pour l'anorexie mentale, d'une perturbation *fonctionnelle* de l'hypophyse, réalisant les mêmes perturbations que l'atteinte *lésionnelle* glandulaire constatée dans la maladie de Simmonds.

Le syndrome s'expliquerait pathogéniquement par l'existence d'un terrain de débilité hypophysaire favorable au développement de l'anorexie mentale, la débilité hypophysaire pouvant se cristalliser autour de troubles digestifs, sur un terrain constitu-

tionnel particulier ; on en arrive alors à considérer la maladie comme l'association de deux complexes, l'un psychologique, l'autre somatique. constitutionnel. intéressant la région hypophyso-hypothalamique. L'hypophyse est, on le sait, la grande régulatrice du métabolisme. Certains dérèglements psychiques seraient capables de troubler directement la fonction de nutrition et la régulation endocrinienne sur les centres neuro-végétatifs du diencephale, « véritable carrefour psycho-somatique ». Cette conception permettrait de rendre compte de l'allure hypophysaire de l'anorexie mentale.

Elle permettrait également, mieux que l'hypothèse psychologique pure, une interprétation du profil psychique et des perturbations métaboliques multiples de l'anorexie mentale, qui se conçoivent mieux à la lumière de la physio-pathologie diencephalique que par la théorie psychologique. De plus, des atteintes des territoires nerveux juxta-hypophysaires sont nécessairement et suffisants pour justifier en grande partie le psychisme des anorexiques mentales vraies : tendance à la supercherie, à la sensiblerie.

Ainsi, on peut admettre que les changements observés dans l'anorexie mentale sont les effets coordonnés des résultats d'un mécanisme central, qui ajuste l'organisme à une absorption diminuée d'aliments. Un tel mécanisme agirait par une inhibition de l'hypophyse antérieur s'exprimant par le même tableau clinique que l'insuffisance lésionnelle de la maladie de Simmonds, en produisant une insuffisance hypophysaire fonctionnelle. Quel que soit le

point de départ, lésionnel ou fonctionnel, à un certain stade de processus, il y a dans les deux maladies une voie physio-pathologique comme susceptible de donner naissance à des symptômes très voisins. L'anorexie mentale rejoint alors la cachexie hypophysaire; en partant d'un phénomène nerveux, et en aboutissant à un phénomène endocrinien (LÉPER).

* *

Nous en arrivons donc, d'une part à admettre la nature endocrinienne — peut-être d'ailleurs seulement secondaire — de l'anorexie mentale, d'autre part, à penser que sa similitude clinique avec la maladie de Simmonds provient de ce que, dans les deux affections, il s'agit essentiellement de perturbations hypophysaires, dans le premier cas de perturbations purement fonctionnelles, dans le deuxième de troubles à point de départ lésionnel, les deux syndromatologies demeurent très voisines.

Les effets de la thérapeutique vont-ils confirmer, ou démentir cette conception? L'épreuve du traitement opothérapique antéhypophysaire doit pouvoir nous renseigner sur l'état profond de l'antéhypophyse. Chez les malades de Simmonds, dont l'atteinte est essentiellement pituitaire, l'administration d'extraits antéhypophysaires devrait apporter une amélioration constante de troubles. Or, il existe des cas hypophyso-résistants, qui cependant correspondent bien par ailleurs à la nosologie pathognomonique de la cachexie de Simmonds. Dans ce cas, deux hypothèses

sont susceptibles d'expliquer l'absence de réaction : ou bien les doses ont été *insuffisantes* quantitativement ou qualitativement (on sait combien rares sont les extraits antéhypophysaires véritablement actifs), ou bien, en cas d'asystolie hypophysaire, la glande est devenue incapable d'être sensibilisée par l'opothérapie spécifique, soit par destruction trop avancée, soit à la suite d'incapacité fonctionnelle par épuisement de ses réserves vitaminiques (VON BERGMANN) : elle devient alors inapte à l'emmagasiner ou à l'élaboration par elle-même des hormones nécessaires au redressement organique. L'échec de l'opothérapie antéhypophysaire dans la maladie de Simmonds ne signe pas nécessairement une erreur de diagnostic, mais peut aussi indiquer un degré avancé, irréversible, de la destruction pituitaire.

D'autre part, l'opothérapie est d'effet très variable dans l'anorexie mentale. L'activité d'extraits frais antéhypophysaires a été notée par CHAPTAL et LOUBATTIÈRES. On a utilisé avec succès la greffe d'hypophyse de veau. L'opothérapie surrénalienne, mais surtout les extraits ovariens, peuvent avoir des résultats excellents. L'insuline est toujours utile par son action tonique qui stimule l'assimilation. Mais elle doit être employée avec prudence, étant donné l'hypoglycémie préexistante.

Cependant l'échec thérapeutique ne doit pas constituer un argument pour la nature exclusivement psychogène de l'anorexie mentale. L'échec de l'opothérapie hypophysaire ou son succès, même à faible dose, ne peut avoir de valeur doctrinale. La diversité

des possibilités de guérison de cette affection s'explique par le fait que les réactions de ces malades à la perturbation, définitive ou réversible ayant déterminé l'anorexie et son cortège symptomatique, sont en effet diversés et strictement individuelles, suivant l'appareil le plus fragile, ou le plus fragilisé fonctionnellement, pour des causes obscures, mais d'origine probablement constitutive. C'est pourquoi sans doute, suivant l'atteinte prédominante, on assistera à l'amélioration du syndrome sous l'influence de traitements très divers.

Les diverses thérapeutiques hormonales peuvent faire successivement leurs preuves chez une même malade, comme dans l'observation de FIESSINGER, qui traita avec succès quatre rechutes par les extraits hypophysaires, l'insuline, les extraits spléniques et la folliculine.

Cependant, la plupart des anorexies mentales guérissent sans *traitement* somatique, mais par la simple reprise de l'alimentation qui rétablit l'état général mental et même endocrinien.

Le bon effet de l'isolement de la malade, ou au moins de la séparation d'avec son entourage, qui augmente ou entretient l'atmosphère de méfiance et de mélancolie, montre le rôle néfaste des personnes ayant contribué, directement ou non, à l'installation de l'anorexie. Il faut une psychothérapie habile, une persuasion lente et intelligente et non un gavage brutal, toujours dangereux, pour favoriser la reprise de l'alimentation. Celle-ci a été accélérée, selon LAIGNEL-LAVASTINE, par les injections de sérum salé hyperten-

nique qui, provoquant la soif, facilite l'ingestion de lait.

La réapparition de l'appétit est lente, le rétablissement également, les rechutes sont toujours possibles. Il ne faut pas oublier que l'anorexie mentale est une affection grave et que des cas mortels ont pu être observés, dus davantage, sans doute, à une erreur de thérapeutique qu'à la profondeur de l'atteinte. Il est en effet dangereux de s'attarder à un traitement purement opothérapique qui demeurera sans action, au lieu de s'adresser d'emblée à la psychothérapie susceptible de sauver rapidement la malade. De nombreux cas mortels doivent être attribués à cette fatale perte de temps.

★★

Ainsi, les complexes symptomatiques de l'anorexie mentale et de la cachexie de Simmonds sont souvent indiscriminables. Cette similitude clinique s'explique par le fait que, dans les deux cas, les signes principaux sont l'aboutissant d'une perturbation physiopathologique hypophysaire,, qu'il s'agisse d'atteinte lésionnelle comme dans la cachexie de Simmonds, ou de troubles fonctionnels, comme dans l'anorexie mentale. L'épreuve du traitement antéhypophysaire n'est d'ailleurs pas concluante, l'opothérapie pouvant être efficace ou sans effet, dans l'une comme dans l'autre affection : son succès dépendant de la *nature* de l'atteinte, mais de la capacité réactionnelle de la glande.

Sans opposer l'anorexie mentale à la cachexie de

Simmonds, sans non plus confondre les deux maladies, nous dirons qu'il s'agit de deux syndromes identiques, à aspect clinique très analogue, mais permettant une différenciation étiologique — atteinte psychique primaire dans le premier cas, atteinte anatomique glandulaire dans le deuxième, — l'insuffisance hypophysaire étant dans les deux cas amenée par des processus différents : lésion anatomique de l'antéhypophyse dans la maladie de Simmonds, troubles fonctionnels de ce même lobe dans l'anorexie mentale.

VI. — OBSERVATIONS

Nous avons eu la bonne fortune de recueillir dans une des écoles médico-pédagogiques (Bellevue), du Docteur Henriette HOFFER, une très intéressante observation d'anorexie chez le jeune enfant. Elle se rattache au groupe que BOISSIÈRE-LACROIX appelle anorexie essentielle, d'origine digestive; cependant, malgré le jeune âge de la malade : 3 ans, un facteur psychique est intervenu dans la pathogénie de l'affection : des troubles caractériels s'allient à l'état de dénutrition générale, à un terrain peut-être spécifique, donnant ici à l'atteinte un caractère psychosomatique bien particulier à l'anorexie mentale. La guérison fut obtenue par le traitement médicopédagogique, sans que l'isolement fut nécessaire.

La petite Andrée B*** a été recueillie par l'Assistance publique. On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ni personnels. On sait simplement qu'il s'agit d'une prématurée chétive. On relève des erreurs diététiques dans sa première enfance : repas mal réglés, lait condensé sucré donné trop longtemps à l'exclusion de tout autre aliment, sevrage brusque. L'enfant est hypotrophique depuis

sa naissance. A 3 ans, elle a la taille et le poids d'un enfant d'un an. L'absence d'anamnèse précise nous prive du renseignement précieux de savoir si l'anorexie a précédé ou succédé à l'amaigrissement. Elle sort de l'hôpital où elle a été traitée pour une bronchite grave, avec hyperthermie prolongée nécessitant une réduction de l'alimentation. Après la guérison clinique, l'enfant refuse à peu près toute nourriture, et le chef de service nous l'adresse en nous demandant « de la sauver ».

Le changement de milieu, un entourage nouveau, n'ont d'abord aucun effet sur l'enfant, qui présente de légers troubles caractériels : opposante, elle réagit à tout ordre par des scènes de violence.

Nous entreprenons conjointement un traitement médical diététique et psychothérapique. Devant des stigmates évidents de spécificité, on applique un traitement antisypilitique, qui est bien toléré. La rééducation diététique et psychothérapique vont de pair. L'isolement ne pouvant avoir aucun effet sur une malade aussi jeune, nous mêlons la petite Andrée aux autres enfants de l'école, et elle prend ses repas à la table commune, sur les genoux de l'infirmière. L'enfant continue à refuser toute nourriture ; le gavage est abandonné, car il provoque des vomissements, qui paraissent d'ailleurs volontaires.

Nous instituons le régime suivant : repas légers et nombreux pris à l'écart, à 8 heures, à 10 heures, à midi, à 4 heures, à 6 h. 1/2. Ils sont surtout composés de soupes épaisses, tenues au chaud sur le feu, et versées peu à peu dans l'assiette ; ils durent d'abord

1 heure 1/2 à 2 heures. L'infirmière, ferme et douce, demeure inflexible, ne cède jamais, et astreint l'enfant à finir obligatoirement sa ration. Des encouragements, des caresses, de la fermeté, aboutissent à une amélioration sensible : disparition des vomissements, durée des repas réduite de moitié, ce qui nous permet de remettre l'enfant à la table commune, auprès d'élèves ayant un excellent appétit. Nous facilitons la suralimentation en ne présentant qu'une nourriture substantielle sous un petit volume, potages épais contenant de la viande hachée, jus de fruits, etc. La reprise de poids est rapide; en quelques mois l'enfant est véritablement transformée.

Malgré l'amélioration des troubles caractériels, une rechute est à craindre à la faveur de toute maladie intercurrente.

Notre seconde observation concerne une jeune fille de 18 ans, à hérédité psychopathique probable, qui, à l'occasion d'un traumatisme moral, présente un développement d'anorexie mentale typique, accompagnée d'aménorrhée. La psychothérapie, l'isolement, amenèrent la disparition des troubles psychiques et somatiques, et la guérison complète.

Mlle Claire G***, 18 ans. Nous la voyons pour la première fois au début d'octobre 1940, en pleine anorexie, très amaigrie, asthénique, bradycardique, hypotendue, mais ne paraissant ni souffrir, ni s'inquiéter de son état, qu'elle prend avec légèreté et bonne humeur. Elle nous confie que sa mère s'alarme à tort et qu'elle se sent parfaitement bien. Cependant,

depuis quelques semaines, elle refuse à peu près toute nourriture, sauf les boissons et quelques fruits.

Notre interrogatoire nous apprend que depuis un exode mouvementé en juin 40, cette jeune fille est privée de nouvelles de son fiancé, alors mobilisé. De cette époque date une aménorrhée totale, avec amaigrissement progressif, qui fait passer la malade en quatre mois de 55 kilos à 47 kilos. L'anorexie s'est instituée secondairement à l'amaigrissement et à l'aménorrhée.

Les antécédents personnels de la malade paraissent normaux, sauf une puberté tardive à 15 ans ; sur le plan psychique, le comportement affectif paraît avoir présenté à plusieurs reprises au cours de l'enfance des déviations, et un certain degré d'hyperémotivité se fait jour dans les « confidences » de la mère sur sa fille. Les antécédents familiaux nous paraissent suspects. La mère nous parle de la « fragilité nerveuse de ses enfants, issus d'une longue lignée d'intellectuels », sans que nous puissions obtenir de précisions probantes. Nous penchons plutôt pour un certain degré « d'étyhlisme mondain » dans l'ascendance maternelle. Un frère de la malade ayant eu sa carrière d'officier interrompue par suite de l'armistice, est « neurasthénique » et isolé en haute montagne.

La température rectale vespérale est aux environs de 36-36°6. Le pouls est lent. Les mains sont froides et cyanosées. Les ongles et les cheveux restent normaux. Les circonstances, l'opposition de la famille, ne nous permettent pas les explorations qui nous renseigneraient sur le métabolisme, la glycémie, sur

l'aspect de la selle turcique. Nous pensons qu'il s'agit là d'anorexie mentale pure, et nous approuvons la mère qui propose l'isolement à la campagne. Nous lui expliquons son rôle de garde-malade : calme, fermeté, patience. Elle s'en tire fort bien et nous raconte par la suite comment elle a présenté vingt fois par jour les aliments que la jeune fille refusa pendant encore quelques semaines. Puis progressivement, sans cause apparente, elle se remit à manger, alors que les règles réapparaissaient ; la courbe pondérale ne tarda pas à s'élever. A ce moment la malade reçut des nouvelles du disparu, dont elle n'avait pas parlé une seule fois au cours de sa maladie. Cependant ce choc moral heureux a *suivi* l'amélioration et ne peut donc pas être rendu responsable.

Comparativement rétablie en 3 mois, elle a repris en 6 mois son poids initial, et ne paraît pas avoir gardé souvenir de son anorexie, que nous avons d'ailleurs défendu d'évoquer devant elle. A noter l'absence absolue de toute médication opothérapique ou sédatrice.

VII. — CONCLUSIONS

I. — L'anorexie mentale constituée essentiellement par un refus des aliments, s'observe exclusivement chez des malades de sexe féminin, en particulier chez la jeune fille et la jeune femme, surtout nullipare, et se caractérise par un amaigrissement intense, de l'aménorrhée, de l'hypotension, de l'hypoglycémie, de la bradycardie, contrastant avec le maintien paradoxal d'une relative activité physique et psychique.

II. — Après avoir été longtemps considérée comme une psychopathie pure, l'anorexie mentale, au début de l'ère endocrinologique, s'est vue rattachée au groupe des affections hypophysaires, et même parfois confondue avec la maladie de Simmonds. A l'heure actuelle, les deux doctrines continuent à s'opposer, bien que des auteurs de plus en plus nombreux s'efforcent de concilier la théorie psychogène et la théorie glandulaire.

III. — La comparaison anatomo-physio-pathologique et psychologique de l'anorexie mentale avec la maladie de Simmonds, ne paraît autoriser ni la confusion des deux syndromes, ni leur opposition absolue. Le substratum pathologique endocrinien de l'anorexie mentale ne peut être mis en doute devant la nature des symptômes — métaboliques, ovariens — et la notion des corrélations hypophyso-hypothalamiques. Le rôle du facteur psychique est d'autre part signé par les circonstances dans lesquelles l'affection se développe, par le psychisme particulier des anorexiques mentales, enfin par les possibilités thérapeutiques de la seule psychothérapie, en dehors de toute médication somatique.

IV. — On en arrive à considérer l'anorexie mentale et la cachexie de Simmonds comme deux syndromes identiques, réalisés par une voie physiopathologique commune, mais dont le point de départ demeure différent : perturbations antéhypophysaires *fonctionnelles, secondaires* à une atteinte psychique, hypothalamique, retentissement hypophysaire, dans l'anorexie mentale; atteinte antéhypophysaire *lésionnelle, primaire*, dans la maladie de Simmonds.

V. — L'opothérapie qui donne de bons résultats dans tous les cas de maladie de Simmonds, chez lesquels l'antéhypophyse demeure susceptible de réaction vis-à-vis d'un stimulant hormonal exogène, a des effets très inconstants dans l'anorexie mentale, et risque d'aggraver cette dernière affection en retar-

dant la mise en œuvre de la psychothérapie, menée dans l'isolement, et qui, généralement, amène à elle seule la reprise de l'alimentation et la disparition ultérieure des signes associés à l'anorexie.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
BÉNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL

VIII. — RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- AUGIER, COSSA. — L'anorexie mentale et l'antéhypophyse. *J. Médical Français*, octobre 1936.
- AURIMOND (R.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. *Thèse Toulouse*, 1929-1930.
- AURY (P.), GODARD. — La manie de restriction en pathologie digestive. *Gaz. Méd. de France*, avril 1933.
- AZERAD. — Maladie de Simmonds traitée par les injections de folliculine. *Revue française d'Endocrin.*, 1937.
- BABONNEIX (L.). — L'anorexie mentale des jeunes filles. *Semaine des Hôp. de Paris*, 1^{er} juillet 1939.
- VON BERGMANN (G.). — Magerkeit und Magersucht. *Deut. M. Woch.*, n^{os} 4-5, 1934.
- BICKEL (G.). — L'insuffisance antéhypophysaire. *Presse Méd.*, 15 juin 1933.
- BICKEL (G.). — La maigreur d'origine hypophysaire. *Gaz. Méd. de France*, 15 juin 1934.
- BOISSERIE-LACROIX. — L'anorexie chez l'enfant. *J. M. Bordeaux*, p. 5, 4 janvier 1941.

BOOM (H.). — Cachexie hypophysaire et altérations du squelette. *Nederl. Titjsch. Geneesk.*, 18 juillet 1936.

BRUCKNER, WIES, LAVIVETES. — Anorexia nervosa and pituitary cachexia. *Am. J. Med. Sciences*, p. 663, novembre 1938.

CARRIER (J.). — L'anorexie mentale, trouble instinctivo-affectif. *Thèse Paris*, 1939.

CERVERA (L.), FOLCH, BENAIGUES. — Cachexie pituitaire et anorexie mentale. *Rev. franç. d'Endocr.*, p. 291-303, 1937.

CHATAGNON (P.), SCHERRER. — L'anorexie mentale et son traitement d'urgence. *Presse Médicale*, p. 1277, 23 août 1939.

CLÉMENT (R.), DELON (J.), HARDEL (M.). — Deux cas de cachexie de Simmonds guéris par le benzoate d'œstradiol. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôpitaux*, LVIII : 216-216, 5 juin 1942.

COMBY (J.). — L'anorexie mentale chez les enfants et les adolescents. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, LIV, 16 décembre 1938. — *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, LVIII : 260, 19 juin 1942.

CORNIL L.). — Les syndromes de l'hypophyse antérieure. *Rapport Journées Méd. Paris*, 1^{er} juillet 1937.

CORNIL (L.). — Les maigreurs. *Journal des Praticiens*, juillet 1938.

CORNIL (L.), SCHACHTER. — La querelle de l'anorexie mentale. *Encéphale*, XXXIV : 371-390, 1939-40-41.

- COULONJOU, HECAEN. — Anorexie mentale. Guérison. Influence des extraits de lobe antérieur d'hypophyse. *Encéphale*, XXXIV, n° 1, 1939.
- CRÉMIEUX (A.). — Anorexies mentales. 43^e Congrès Méd. Al. Neur. Langue Fr. Montpellier, octobre 1942.
- CRÉMIEUX (A.). — Encore l'anorexie mentale. Etat actuel de la question. *Mars. Méd.*, LXXX : 67-72, 15 février 1943.
- DECOURT (J.). — *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, LVIII : 216, 5 juin 1942.
- DECOURT (J.). — Sur les rapports de l'anorexie mentale et de la cachexie dite hypophysaire. *Presse Médicale*, p. 629-630, octobre 1942.
- DEJERINE, GAUCKLER. — Les manifestations des psychonévroses. Paris, 1911.
- EUZIÈRE, BERT. — 43^e Congrès Méd. Al. Neurol. Montpellier, octobre 1942.
- FARQUHARSON (R.-F.), HYLAND (H.-H.). — Anorexia nervosa, a metabolic disorder of psychologic origin. *J. A. M. A.*, III : 1085, 1938.
- FIESSINGER (N.). — A propos de la cachexie de Simmonds. *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, LVIII : 260, 19 juin 1942.
- DE GENNES (L.). — *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, LVIII : 215, 5 juin 1942.
- GODARD (P.). — Les différentes formes d'anorexie. *Schw. Med. Woch.*, 1233-1235, 1937.
- GROSGURIN (J.). — Anorexie par hypovitaminose B. *Schw. Med. Woch.*, LXXII : 767-768, 11 juillet 1942.

- HEUYER (G.). — 43^e Congrès Méd. Al. Neurol. Montpellier, octobre 1942.
- JANBON, LOUBATIÈRES. — 43^e Congrès Méd. Al. Neurol. Montpellier, octobre 1942.
- KATZ (D.). — La faim et l'appétit en psychologie générale et biotypologique. *Biotypologie*, n° 4, 1938.
- KUNDSTADTER (R.-H.). — Pituitary emaciation. *Endocrinology*, XXII, 1938.
- KYLIN (E.). — Magerkeit in der weiblichen Spät; Pubertät. *D. Arch. Klin. Med.*, XVIII, 1937.
- LABICHE (A.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. *Thèse Paris*, 1934.
- LAIGNEL-LAVASTINE, RIVIÈRE. — Traitement de l'anorexie mentale. 43^e Congrès Méd. Al. Neurol. Montpellier, 10 octobre 1942.
- LE NOIR. — *Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris*, LVIII : 260, 19 juin 1942.
- LHERMITTE (J.), DE MARTEL, GUILLAUME, AJURIAGUERRA. — Syndrome de la cachexie progressive. Spongioblastome infiltré du 3^e ventricule. Le problème de la maladie de Simmonds. *Rev. Neurol.*, février 1939.
- LOEPER (M.), FAU (R.). — Cachexie hypophysaire et anorexie mentale. *Monde Médical*, n° 88, 1936.
- MARANON (G.). — La régularisation hormonale de la faim. *Progrès Méd.*, 1938.
- MAY (Etienne). — *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, LVIII : 260, 19 juin 1942.

- MEYER (W.-C.). — Untersuchungen und Beobachtungen über Fällen von Magensucht. *D. Arch. Klin. Med.*, 132, 1938.
- MOLLARET (P.), PÉRON (N.). — Anorexie mentale à forme grave. Nécessité vitale de la cure d'alimentation. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, LIV, 2 décembre 1938.
- MOURIQUAND. — Inappétence et vitamine C. *Académie de Méd.*, 10 juin 1940.
- NATHAN (M.). — Anorexie mentale des adolescents et des adultes. *Presse Méd.*, XXXVI, n° 100, 1928.
- NICOLLE (G.). — Prepsychotic anorexia. *Proc. Roy. Soc. Med.*, in *Lancet*, novembre 1938.
- OTTONELLO. — Contributo clinico alla delimitazione clinica della anorexia mentale. *Rev. Patol. Nerv. Mentale* : 353, 1937.
- PERON (N.). — Quelques considérations sur le traitement de l'anorexie mentale. *Bull. gén. Thérap.*, 390-393, 1936.
- PERON (N.). — Défense de l'anorexie mentale. *Paris Médical*, juillet 1938.
- RICHARDSON (H.-B.). — Simmonds disease and anorexia nervosa. *Arch. Int. Méd.*, LXIII, n° 1, 1939.
- ROCH, MONNIER. — Anorexie mentale et maladie de Simmonds. *Schw. M. W.* 1009, 1941 et *Rev. Méd. Suisse Romande*, p. 321, 25 juin 1941.
- ROGER (H.), ALLIEZ (J.). — Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés. *Congrès Méd. Alien. et Neurol.*, Fr. Nancy, 1937.

- ROHMER (P.), JUNG (Mlle). — Un cas d'anorexie mentale simulant la maladie de Simmonds. *Bull. Soc. Péd.*, 524, 1938.
- ROSS (C.-W.). — Anorexia nervosa. *Lancet*, 983, 17 octobre 1936.
- ROUGEON (R. et M.). — Anorexie mentale et hypophyse, *Ann. Médico-Psychol.*, avril 1937.
- ROUSSY (G.), MOSINGER (M.). — Rapport anatomique et physiologique de l'hypothalamus et de l'hypophyse. *Ann. de Méd.*, XXXIII, n° 3, 1933.
- ROUSSY (G.), MOSINGER. — Le tuber cinereum et son rôle dans les principales fonctions du métabolisme. *Ann. de Méd.*, XXXIII, n° 3, 1933.
- SHLEDON (J.-H.). — Carbohydrate metabolism in anorexia nervosa. *Lancet*, 257-259, 1938.
- STEVENIN (H.), GAUBE. — Maladie de Simmonds et anorexie mentale. *Monde Médical*, avril 1938.
- STOERR (E.-E.). — L'anorexie mentale. *Trèse Strasbourg*, 1932.
- SZAHO. — Traitement par l'excitation histaminique de l'anacidité fonctionnelle. *Schw. Méd. Woch.*, 122, 10 février 1940.
- TITECA. — Deux cas d'anorexie mentale chez deux jeunes filles. *Scalpel*, septembre 1936.
- VIDART. — L'anorexie mentale. *Gazette des Hôpitaux*, 3 juillet 1937

VIEU, FAU. — Les éléments cliniques du diagnostic et du pronostic de l'anorexie mentale. *Paris Méd.*, n° 36, 177, 1939.

ZAND (N.). — Le psychisme de l'hypothalamus. *Rev. Neurol.*, n° 1, 38, 1939.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris
